

## General policy exclusions

---

The following are not **covered services** under your policy:

### Abortion

Services and supplies provided for an abortion except when the pregnancy is the result of rape or incest or if it places the woman's life in serious danger

### Behavioral health treatment

Services for the following based on categories, conditions, or diagnoses, or equivalent terms as listed in the most recent version of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) of the American Psychiatric Association:

- **Stay** in a facility for treatment for dementia and amnesia without a behavioral disturbance that necessitates mental health treatment
- School and/or education service, including special education, remedial education, wilderness treatment programs, or any such related or similar programs
- Services provided in conjunction with school, vocation, work or recreational activities
- Transportation
- Sexual deviations and disorders except as described in the *Coverage and exclusions* section
- Tobacco use disorders and nicotine dependence except as described in the *Coverage and exclusions-Preventive care Counseling services* and *Tobacco cessation prescription and OTC drugs* sections

### Blood, blood plasma, synthetic blood, blood derivatives or substitutes

These are:

- The provision of blood to the **hospital**, other than blood derived clotting factors
- Any related services including processing, storage or replacement expenses
- The service of blood donors, including yourself, apheresis or plasmapheresis
- The blood you donate for your own use, excluding administration and processing expenses

### Cosmetic services and plastic surgery

Any treatment, **surgery** (cosmetic or plastic), service or supply to alter, improve or enhance the shape or appearance of the body, except where described in the *Coverage and exclusions* section

### Court-ordered testing

Court-ordered testing or care unless **medically necessary**

### Custodial care

Services and supplies meant to help you with activities of daily living or other personal needs.

These are:

- Routine patient care such as changing dressings, periodic turning and positioning in bed
- Administering oral medications
- Care of stable tracheostomy (including intermittent suctioning)
- Care of a stable colostomy/ileostomy
- Care of stable gastrostomy/jejunostomy/nasogastric tube (intermittent or continuous) feedings

- Care of a bladder catheter, including emptying or changing containers and clamping tubing
- Watching or protecting you
- Respite care, adult or child day care, or convalescent care
- Institutional care, including **room and board** for rest cures, adult day care and convalescent care
- Help with walking, grooming, bathing, dressing, getting in or out of bed, going to the bathroom, eating or preparing foods
- Any other services that a person without medical or paramedical training could be trained to perform

## Dental care

- Alveolectomy
- Apicoectomy (dental root resection)
- Augmentation and vestibuloplasty treatment of periodontal disease
- Cutting into gums and tissues of the mouth only when not associated with the removal, replacement, or repair of teeth
- Cutting out:
  - Teeth partly or completely impacted in the bone of the jaw
  - Teeth that will not erupt through the gum
  - Other teeth that cannot be removed without cutting into bone
  - The roots of a tooth without removing the entire tooth
  - Cysts, tumors, or other diseased tissues
- Dental implants
- Dental services related to the gums
- False teeth
- Orthodontics
- Root canal treatment
- Removal of soft tissue impactions
- Teeth - care, filling, removal, or replacement, including treatment of disease

## Educational services

These are:

- Any service or supply for education, training or retraining services or testing. This includes:
  - Special education
  - Remedial education
  - Wilderness treatment programs (whether or not the program is part of a **residential treatment facility** or otherwise licensed institution)
  - Job training
  - Job hardening programs
- Educational services, schooling or any such related or similar program, including therapeutic programs within a school setting.

## Examinations

Any health or dental examinations needed:

- Because a third party requires the exam. These include examinations to get or keep a job, and examinations required under a labor agreement or other contract.
- To buy insurance or to get or keep a license.

- To travel.
- To go to a school, camp, sporting event, or to join in a sport or other recreational activity.

## **Experimental or investigational**

**Experimental or investigational** drugs, devices, treatments or procedures unless otherwise covered under clinical trials

## **Foot care**

Services and supplies for:

- The treatment of calluses, bunions, toenails, hammertoes, fallen arches
- The treatment of weak feet, chronic foot pain or conditions caused by routine activities, such as walking, running, working or wearing shoes
- Supplies (including orthopedic shoes), foot orthotics, arch supports, shoe inserts, ankle braces, guards, protectors, creams, ointments and other equipment, devices and supplies

## **Growth/height care**

- A treatment, device, drug, service or supply to increase or decrease height or alter the rate of growth
- **Surgical procedures**, devices and growth hormones to stimulate growth

## **Hearing aids**

- Any tests, appliances and devices to:
  - Improve your hearing
  - Enhance other forms of communication to make up for hearing loss or devices that simulate speech

## **Hearing exams**

Hearing exams performed for the evaluation and treatment of illness, injury or hearing loss

## **Maintenance care**

Care made up of services and supplies that maintain, rather than improve, a level of physical or mental function, except for habilitation therapy services

## **Medical supplies – outpatient disposable**

- Any outpatient disposable supply or device. These include:
  - Sheaths
  - Bags
  - Elastic garments
  - Support hose
  - Bandages
  - Bedpans
  - Home test kits not related to diabetic testing
  - Splints
  - Neck braces
  - Compresses

- Other devices not intended for reuse by another patient

### **Missed appointments**

Any cost resulting from a canceled or missed appointment

### **Obesity (bariatric) surgery and services**

Weight management treatment or drugs intended to decrease or increase body weight, control weight or treat obesity, including morbid obesity except as described in the *Coverage and exclusions* section, including preventive services for obesity screening and weight management interventions. This is regardless of the existence of other medical conditions. These are:

- Liposuction, banding, gastric stapling, gastric by-pass and other forms of bariatric **surgery**
- **Surgical procedures**, medical treatments and weight control/loss programs primarily intended to treat, or are related to the treatment of obesity, including morbid obesity
- Drugs, stimulants, preparations, foods or diet supplements, dietary regimens and supplements, food supplements, appetite suppressants and other medications
- Hypnosis, or other forms of therapy
- Exercise programs, exercise equipment, membership to health or fitness clubs, recreational therapy or other forms of activity or activity enhancement

### **Other non-covered services**

- Services you have no legal obligation to pay
- Services that would not otherwise be charged if you did not have the coverage under the policy

### **Other primary payer**

Payment for a portion of the charges that Medicare or another party is responsible for as the primary payer

### **Personal care, comfort or convenience items**

Any service or supply primarily for your convenience and personal comfort or that of a third party

### **Private duty nursing**

### **Services provided by a family member**

Services provided by a spouse, civil union partner, domestic partner, parent, child, step-child, brother, sister, in-law, or any household member

### **Services, supplies and drugs received outside of the United States**

Non-emergency medical services, outpatient **prescription** drugs or supplies received outside of the United States. They are not covered even if they are covered in the United States under this policy.

### **Sexual dysfunction and enhancement**

Any treatment, **prescription** drug, or supply to treat sexual dysfunction, enhance sexual performance or increase sexual desire, including:

- **Surgery, prescription** drugs, implants, devices or preparations to correct or enhance erectile function, enhance sensitivity or alter the shape of a sex organ

- Sex therapy, sex counseling, marriage counseling, or other counseling or advisory services

### **Strength and performance**

Services, devices and supplies such as drugs or preparations designed primarily to enhance your strength, physical condition, endurance or physical performance

### **Therapies and tests**

- Full body CT scans
- Hair analysis
- Hypnosis and hypnotherapy
- Massage therapy, except when used for physical therapy treatment
- Sensory or hearing and sound integration therapy

### **Tobacco cessation**

Any treatment, drug, service or supply to stop or reduce smoking or the use of other tobacco products or to treat or reduce nicotine addiction, dependence or cravings, including, medications, nicotine patches and gum unless recommended by the United States Preventive Services Task Force (USPSTF).

This also includes:

- Counseling, except as specifically provided in the *Coverage and exclusions* section
- Hypnosis and other therapies
- Medications, except as specifically provided in the *Coverage and exclusions* section
- Nicotine patches
- Gum

### **Treatment in a federal, state, or governmental entity**

Any care in a **hospital** or other facility owned or operated by any federal, state or other governmental entity unless coverage is required by applicable laws

### **Vision care for adults**

- Routine vision exam provided by an ophthalmologist or optometrist including refraction and glaucoma testing
- Vision care services and supplies

### **Voluntary sterilization**

- Reversal of voluntary sterilization procedures, including related follow-up care

### **Wilderness treatment programs**

See *Educational services* in this section

## **Work related illness or injuries**

Coverage available to you under workers' compensation or a similar program under local, state or federal law for any illness or injury related to employment or self-employment

**Important note:**

A source of coverage or reimbursement is considered available to you even if you waived your right to payment from that source/ You may also be covered under a workers' compensation law or similar law. If you submit proof that you are not covered for a particular illness or injury under such law, then that illness or injury will be considered "non-occupational" regardless of cause/

## Exclusiones generales de la póliza

---

Los siguientes no son **servicios cubiertos** por su póliza:

### Aborto

Servicios y suministros para un aborto, excepto en los casos en que el embarazo es consecuencia de una violación o incesto, o si implica un serio riesgo para la vida de la mujer.

### Tratamiento de salud emocional y psicológica

Servicios para los siguientes casos, en función de las categorías, las enfermedades, los diagnósticos o los términos equivalentes según se mencionan en la última versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)* de la Asociación Americana de Psiquiatría:

- **Internación** en un centro para el tratamiento de demencia o amnesia sin una perturbación del comportamiento que precise tratamiento de salud mental.
- Servicio escolar o educativo, que incluye educación especial, educación correctiva, programas de tratamiento en la naturaleza o programas similares o relacionados.
- Servicios provistos junto con actividades escolares, laborales, profesionales o recreativas.
- Transporte.
- Trastornos y desviaciones sexuales, a excepción de lo descrito en la sección “Cobertura y exclusiones”.
- Trastornos por consumo de tabaco y dependencia de la nicotina, a excepción de lo descrito en “Cuidado preventivo”, “Servicios de asesoramiento” y “Medicamentos con y sin receta para dejar de consumir tabaco” en la sección “Cobertura y exclusiones”.

### Sangre, plasma sanguíneo, sangre sintética, derivados o sustitutos de la sangre

Se refieren a lo siguiente:

- El suministro de sangre al **hospital**, a excepción de los factores de coagulación derivados de la sangre.
- Cualquier servicio relacionado que incluya los costos de procesamiento, almacenamiento o reemplazo.
- Los servicios de donantes de sangre (incluido usted), aféresis o plasmaféresis.
- La sangre que dona para su propio uso, excepto los costos de administración y procesamiento.

### Cirugía plástica y servicios cosméticos

Cualquier tratamiento, **cirugía** (cosmética o plástica), servicio o suministro para modificar, mejorar o resaltar la forma o la apariencia del cuerpo excepto lo que se describe en la sección “Cobertura y exclusiones”.

### Pruebas ordenadas por un tribunal

Pruebas y cuidado ordenados por un tribunal, salvo que sean **médicamente necesarios**.

### Cuidado no médico

Servicios y suministros cuyo objetivo es ayudarlo a realizar las actividades de la vida cotidiana o satisfacer otras necesidades personales. Se refieren a lo siguiente:

- Cuidado de rutina de los pacientes, como cambiarles vendajes, darlos vuelta y ubicarlos en la cama regularmente.
- Administración de medicamentos orales.
- Cuidado de una traqueotomía estable (incluida la succión intermitente).
- Cuidado de una colostomía o una ileostomía estables.
- Cuidado de sondas de alimentación (intermitente o constante) nasogástricas, de gastrostomía o yeyunostomía estables.

- Cuidado de un catéter uretral, que incluye vaciar y cambiar los contenedores, y sujetar el tubo.
- Vigilancia o protección del paciente.
- Cuidado temporal para el descanso de la familia, cuidado diurno de adultos o niños, o cuidado de convalecientes.
- Cuidado institucional, que incluye **habitación y comida** para curas de reposo, cuidado diurno de adultos y cuidado de convalecientes.
- Ayuda para caminar, asearse, bañarse, vestirse, entrar o salir de la cama, ir al baño, comer o preparar las comidas.
- Cualquier otro servicio que podría enseñarse a una persona sin capacitación médica o paramédica.

## Cuidado dental

- Alveolectomía.
- Apicectomía (resección de la raíz dental).
- Aumento y tratamiento de vestibuloplastia por enfermedad periodontal.
- Corte de encías y tejidos de la boca, únicamente cuando no se realiza en relación con la extracción, el reemplazo o la reparación de los dientes.
- Extracción de lo siguiente:
  - Dientes impactados parcialmente o por completo en el hueso de la mandíbula.
  - Dientes que no erupcionan por la encía.
  - Otros dientes que no pueden ser extraídos sin cortar el hueso.
  - Las raíces de un diente sin extraer el diente entero.
  - Quistes, tumores u otros tejidos afectados.
- Implantes dentales.
- Servicios dentales relacionados con las encías.
- Dientes falsos.
- Ortodoncia.
- Tratamiento de conducto radicular.
- Extracción de dientes impactados en tejido blando.
- Cuidado, relleno, extracción o reemplazo de dientes, incluido el tratamiento de enfermedades.

## Servicios educativos

Se refieren a lo siguiente:

- Cualquier servicio o suministro relacionado con servicios o pruebas de educación, capacitación o perfeccionamiento. Esto incluye:
  - Educación especial.
  - Educación correctiva.
  - Programas de tratamiento en la naturaleza (sin importar si el programa forma parte de un **centro residencial de tratamiento** o una institución autorizada).
  - Capacitación laboral.
  - Programas de perfeccionamiento laboral.
- Servicios educativos, programas escolares y otros relacionados o similares, incluidos los terapéuticos en el entorno escolar.

## Exámenes

Cualquier examen dental o de salud que deba realizarse por estos motivos:

- Lo solicita un tercero. Son exámenes para obtener o mantener un puesto de trabajo, y exámenes requeridos por un contrato laboral o de otro tipo.
- Para adquirir un seguro o para obtener o mantener una licencia.



- Para viajar.
- Para asistir a una institución educativa, a un campamento o a un evento deportivo, o para practicar un deporte o realizar otra actividad recreativa.

## **Servicios en etapa de prueba o investigación**

Los medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos **en etapa de prueba o investigación**, a menos que estén cubiertos de otro modo como ensayos clínicos.

## **Cuidado de los pies**

Servicios y suministros para lo siguiente:

- Tratamiento de callos, juanetes, uñas del pie, dedos en martillo o pies planos.
- Tratamiento de pies débiles, dolor de pie crónico o afecciones provocadas por actividades habituales, como caminar, correr, trabajar o usar zapatos.
- Suministros (incluidos zapatos ortopédicos), dispositivos de ortopedia para pies, soportes de arco, plantillas para zapatos, tobilleras ortopédicas, protectores, cremas, ungüentos y otros equipos, dispositivos y suministros.

## **Cuidado por crecimiento o estatura**

- Un tratamiento, dispositivo, medicamento, servicio o suministro para aumentar o disminuir la estatura o para alterar la velocidad de crecimiento.
- **Procedimientos quirúrgicos**, dispositivos para estimular el crecimiento y hormonas de crecimiento.

## **Audífonos**

- Cualquier examen, aparato y dispositivo que se utilice para lo siguiente:
  - Mejorar la audición.
  - Mejorar otras formas de comunicación a fin de compensar la pérdida de la audición o dispositivos que simulan el habla.

## **Exámenes de audición**

Exámenes de audición que se llevan a cabo para la evaluación y el tratamiento de una enfermedad, lesión o pérdida de audición.

## **Cuidado de mantenimiento**

Cuidado que consiste en servicios y suministros que se brindan para mantener, más que mejorar, un nivel de función física o mental, a excepción de los servicios de terapia de habilitación.

## **Suministros médicos (desechables para tratamiento ambulatorio)**

- Cualquier suministro o dispositivo desechable en casos ambulatorios. Por ejemplo:
  - Fundas.
  - Bolsas.
  - Prendas elásticas.
  - Medias de soporte.
  - Vendas.
  - Orinales de cama.
  - Kits de pruebas en el hogar no relacionadas con el control de la diabetes.
  - Férulas.
  - Collarines.

- Apósitos.
- Otros dispositivos que no están destinados a ser utilizados por otro paciente.

### **Citas a las que no asistió**

Costos por citas médicas canceladas o a las que no haya asistido.

### **Cirugía bariátrica y servicios para tratar la obesidad**

Tratamientos o medicamentos para reducir o aumentar el peso corporal, controlar el peso o tratar la obesidad (incluida la obesidad mórbida), salvo según se describe en la sección “Cobertura y exclusiones”. Se incluyen los servicios preventivos para los exámenes de detección de obesidad y las intervenciones de control de peso, independientemente de la existencia de otras enfermedades. Se refieren a lo siguiente:

- Liposucción, colocación de bandas, engrapado del estómago, derivación gástrica y otras formas de **cirugía bariátrica**.
- **Procedimientos quirúrgicos**, tratamientos médicos y programas de pérdida o control de peso cuyo propósito principal es tratar la obesidad o está relacionado con el tratamiento de la obesidad, incluida la obesidad mórbida.
- Medicamentos, estimulantes, preparados, alimentos o suplementos dietarios, suplementos y regímenes alimenticios, suplementos nutricionales, supresores del apetito y otras medicinas.
- Hipnosis u otras formas de terapia.
- Programas de ejercicios, equipos de entrenamiento, membresías en gimnasios, terapia recreativa u otras formas de hacer ejercicios o aumentar la actividad física.

### **Otros servicios no cubiertos**

- Servicios que no esté obligado por ley a pagar.
- Servicios que no se le cobrarían si usted no tuviera la cobertura de la póliza.

### **Otro pagador primario**

Pago de una porción del cargo del que Medicare u otra parte es responsable como pagador primario.

### **Artículos para el cuidado, la comodidad o la conveniencia personales**

Cualquier servicio o suministro que sea principalmente para su comodidad y conveniencia personal o la de un tercero.

### **Servicio privado de enfermería**

#### **Servicios brindados por un miembro de la familia**

Servicios suministrados por un cónyuge, pareja doméstica, compañero civil, padre o madre, hijo, hijastro, hermano, pariente político o cualquier miembro de la familia.

#### **Servicios, suministros y medicamentos recibidos fuera de los Estados Unidos**

Servicios médicos que no son de emergencia, medicamentos con **receta** en casos ambulatorios o suministros recibidos fuera de los Estados Unidos. No están cubiertos aunque sí tengan cobertura en los Estados Unidos según esta póliza.

## **Disfunción y mejora del rendimiento sexual**

Cualquier tratamiento, medicamento con **receta** o suministro para tratar la disfunción sexual, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual, por ejemplo:

- **Cirugía**, medicamentos con **receta**, implantes, dispositivos o preparados para corregir o mejorar la función eréctil, mejorar la sensibilidad o alterar la forma de un órgano sexual.
- Terapia sexual, asesoramiento sexual, asesoramiento matrimonial u otros servicios de orientación o consejería.

## **Fuerza y rendimiento**

Servicios, dispositivos y suministros, como los medicamentos o los preparados cuyo efecto principal es mejorar la fuerza, el estado físico, la resistencia o el rendimiento físico.

## **Terapias y exámenes**

- Tomografías computarizadas de todo el cuerpo.
- Análisis capilar.
- Hipnosis e hipnoterapia.
- Terapia de masajes, salvo cuando se usa para un tratamiento de terapia física.
- Terapia sensorial o de integración de audición y sonido.

## **Métodos para dejar de consumir tabaco**

Cualquier tratamiento, medicamento, servicio o suministro para dejar o reducir el hábito de fumar o el consumo de productos del tabaco, o para tratar o reducir la adicción, la dependencia o las ansias asociadas a la nicotina, que incluye medicamentos, parches y goma de mascar con nicotina, a menos que estén recomendados por el Grupo Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. Esto incluye también lo siguiente:

- Asesoramiento, a excepción de lo dispuesto específicamente en la sección “Cobertura y exclusiones”.
- Hipnosis y otras terapias.
- Medicamentos, a excepción de lo dispuesto específicamente en la sección “Cobertura y exclusiones”.
- Parches de nicotina.
- Goma de mascar.

## **Tratamiento en una entidad federal, estatal o gubernamental**

Todo cuidado en un **hospital** o en otro centro que pertenece a alguna entidad federal, estatal o gubernamental, o que es operado por ellas, a menos que la cobertura sea requerida por las leyes vigentes.

## **Cuidado de la vista para adultos**

- Examen de la vista de rutina realizado por un oftalmólogo o un optometrista, incluido el examen de diagnóstico de glaucoma y el de refracción.
- Servicios y suministros para el cuidado de la vista.

## **Esterilización voluntaria**

- Reversión de procedimientos de esterilización voluntaria, incluido el cuidado de seguimiento relacionado.

## **Programas de tratamiento en la naturaleza**

Consulte “Servicios educativos” en esta sección.

## **Enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo**

Cobertura disponible dentro de un programa de indemnización a trabajadores o similar en virtud de una ley local, estatal o federal para cualquier enfermedad o lesión relacionadas con su empleo o trabajo independiente.

### **Nota importante:**

Se considerará que usted dispone de una fuente de cobertura o reembolso aun si renunció al derecho a recibir pagos de dicha fuente./ También es posible que tenga cobertura en virtud de una ley de indemnización a trabajadores o similar. Si usted presenta pruebas de que no tiene cubierta una enfermedad o una lesión específicas según dicha ley, la enfermedad o la lesión se considerarán no ocupacionales, independientemente de la causa./